

CUESTIONARIO DE VIOLENCIA FAMILIAR

DCSS 0048 SPA (11/08/05)

INSTRUCCIONES: Si no completa y nos devuelve este formulario, el gobierno federal, podrá brindarle información sobre usted o sus hijos a los tribunales, agencia de sustento al niño, y posiblemente al otro padre de/de los niño/s o a la otra parte de este caso.

Su nombre: _____ Número de Caso: _____

Nombre de la otra parte: _____

SECCIÓN I: Marque el cuadro apropiado para cada una de las preguntas.

1. Usted o el/los niño/s en este caso, ¿fueron alguna vez víctimas de violencia familiar o abuso de menores cometido por la otra parte en este caso de Sustento al Niño? Sí No

2. ¿Cuenta con una orden de contención, orden de protección de emergencia u orden de estar alejado/a de la otra parte en este caso de Sustento al Niño? Sí No

Si la respuesta es sí, por favor adjunte una copia de la orden y detalle la siguiente información:

Condado/Estado: _____ Orden/Número de Lista de Caso: _____

Fecha de Vencimiento: _____

3. Si usted o el/los niño/s en este caso reciben asistencia pública, ¿desea que el departamento de bienestar revise este caso para determinar su elegibilidad para cerrar este caso de Sustento debido al mayor riesgo de daño físico, sexual o emocional que usted o el/los niño/s en este caso tienen a causa de la otra parte? Esto se denomina tener una "buena causa" para cerrar el caso de Sustento. Sí No

SECCIÓN II: USTED TIENE QUE completar esta sección si respondió "Sí" a algún punto en la SECCIÓN I.

Por favor, detalle la información de violencia familiar incluyendo fechas, horarios, lugares y testigos. (Adjunte página adicional si es necesario.)

CUESTIONARIO DE VIOLENCIA FAMILIAR

DCSS 0048 SPA (11/08/05)

SECCIÓN III: Si es apropiado, por favor, marque el cuadro más abajo, firme, coloque la fecha y devuelva este formulario a:

PLACER COUNTY DEPARTMENT OF CHILD SUPPORT SERVICES
11795 EDUCATION ST STE 101
AUBURN CA 95602-2469

Revelar mi dirección u otra que me identifique mi ubicación puede ser peligroso para mí o para el/los niño/s en este caso. Solicito que mi dirección u otra información de identificación no sean reveladas a la otra parte de este caso. El pedido estará vigente hasta que informe a PLACER COUNTY DEPARTMENT OF CHILD SUPPORT SERVICES **por escrito** que ya pueden dar a conocer mi información, y el PLACER COUNTY DEPARTMENT OF CHILD SUPPORT SERVICES me informe que han recibido mi solicitud. Entiendo que según las legislación federal, una persona autorizada puede solicitar por escrito al tribunal que tiene jurisdicción para tomar o aplicar una decisión de Sustento al Niño o visitas, que se divulgue mi información. La agencia de Sustento al Niño local me informará por escrito si el tribunal ordena revelar cualquier tipo de información de mi caso.

Declaro, bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California, que lo que antecede es verdadero y correcto.

NOMBRE EN IMPRENTA	FIRMA	FECHA
--------------------	-------	-------

AVISO DE PRIVACIDAD: La Ley de Prácticas de Información de 1997 (Código Civil §1798.17) y la Ley Federal de Privacidad de 1974 (Titulo 5, Código de los Estados Unidos §552a(e)(3), §7 Nota) requieren que se dé este aviso siempre que se solicite información personal sobre las personas. La información requerida en este formulario es utilizada por el Departamento de Servicios de Sustento al Niño y las agencias de Sustento al Niño locales para evitar la divulgación de la información en situaciones de abuso doméstico y/o de niños. La información que usted suministre podrá entregarse al gobierno federal y a otras organizaciones públicas dentro del límite requerido por ley. En caso de que no brinde esta información, la habilidad del DCSS para cuidar su información estará limitada. El funcionario responsable de la organización para mantenimiento de este formulario es: **Funcionario de Registros de DCSS, PO BOX 419064, MS-70, Rancho Cordova, CA 95741, número de fax (916) 464-5064.** Las referencias legales que autorizan la solicitud y mantenimiento de esta información personal incluyen el Título 22 del Código de Regulaciones de California §§112110(h), 112300, 112301, y 112302, como así también el Código de Familia §17212. Se guardarán copias de este formulario en archivos confidenciales en el Departamento de Sustento al Niño o en la organización de Sustento al Niño local durante 4 años y 4 meses una vez cerrado su caso de Sustento al Niño. Tiene el derecho a acceder a este formulario si lo solicita enviando un fax al (916) 464- 5064.

Si tiene alguna pregunta o preocupación sobre este aviso, por favor llámenos al (866) 901-3212

